|  |
| --- |
| **石阡县县人民医院及医共体分院招聘职位加分申请表** |
| （考生联）序号： |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 报考职位 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 加分项目 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 加分审核  意见 | 经审核，符合项目加分条件，同意加分。  审核人：年月日 |